

Medizinische Formulare in Aktion: der Umgang mit einem Routinebruch im Arzt-Patientin-Gespräch

Kissmann, Ulrike Tikvah

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Kissmann, U. T. (2008). Medizinische Formulare in Aktion: der Umgang mit einem Routinebruch im Arzt-Patientin-Gespräch. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Teilbd. 1 u. 2* (S. 3070-3081). Frankfurt am Main: Campus Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-151375>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Medizinische Formulare in Aktion: Der Umgang mit einem Routinebruch im Arzt-Patientin-Gespräch

Ulrike Tikvah Kissmann

In¹ aktuellen techniksoziologischen Veröffentlichungen werden medizinische Protokolle als Bestandteil von »technowissenschaftlichen Skripten« behandelt. (vgl. Timmermans/Berg 1997; ursprünglich Akrich 1992 und Akrich/Latour 1988) Damit wird einerseits dem Umstand Rechnung getragen, dass die Papierformulare technisch-medizinische Artefakte sind, die weder ausschließlich technisch noch wissenschaftlich-medizinisch sind.² Andererseits steht die Wortwahl »Skript« dafür, dass dem Formular Eigenschaften eingeschrieben sind, die in einem Bedeutungszusammenhang stehen, der über das bloße Formular hinausweist. Das Skript eines technowissenschaftlichen Gegenstands stellt die Hintergrundfolie für die Bedeutung der Eigenschaften dar und ist eine Art Drehbuch für seine Anwendung. Es grenzt daher die möglichen Handlungen und Akteure ein. Stefan Timmermans und Marc Berg (1997) zeigen, dass medizinische Protokolle Aktivitäten und Akteurskonstellationen vorgeben wie zum Beispiel bestimmte Therapieformen oder Interaktionsarten mit dem Patienten oder der Patientin. Sie machen jedoch auch deutlich, dass die in die Papierformulare eingeschriebenen Standards kein Herrschaftsinstrument sind, das die Anwender fremden Anweisungen folgen lässt. Stattdessen sind die medizinischen Protokolle durch eine prinzipielle Deutungs Offenheit gekennzeichnet, die ihr Funktionieren erst ermöglicht. Die Autoren führen vor, dass eine sinnvolle Anwendung der untersuchten Formulare nur dann gewährleistet ist, wenn die Akteure sie sich zu Eigen machen und sie (um-)deuten. In dem vorliegenden Aufsatz beschreibt die Autorin das technowissenschaftliche Skript, das in der Situation eines Routinebruchs als Hintergrundfolie von chirurgischen Formularen genutzt wird. In ihrer Krankenhausstudie hat sie die Interpretationsleistungen des Personals in stark routinegeprägten Patientengesprächen rekonstruiert. Anhand einer Kommunikationsstörung in einem Arzt-Patientin-Gespräch wird gezeigt, wie der betreffende Chirurg mit der Störung umgeht und wie er die Formulare dazu einsetzt.

1 »Bedanken möchte ich mich bei meinen Mitarbeiterinnen Renate Lieb, Lena Kahle und Julia Teschlade, die mit mir die Videointeraktion ausgewertet haben. Dabei gilt mein Dank insbesondere Renate Lieb für einen wertvollen Literaturhinweis, den ich sehr produktiv umsetzen konnte.

2 »Technowissenschaft« wurde durch Bruno Latour (1987) eingeführt und bezeichnet die wachsende Untrennbarkeit von Wissenschaft und Technik.

Der Aufsatz verortet sich in techniksoziologischen Diskussionen (wie z.B. Schmiede 2005; Böhle u.a. 2004; Rammert 1992), in denen Wissen nicht mehr als »das Andere« der Technik konzipiert wird, sondern in denen Wissen und Technik zunehmend miteinander verknüpft sind. In diesen Debatten gewinnen neue Wissensformen wie zum Beispiel Anwendungs- und Bewertungswissen im Gegensatz zum »alten« inhaltlich-theoretischen Fachwissen an Bedeutung. (vgl. z.B. Degele 2000) Die Autorin hat die Wissensformen untersucht, die notwendig sind, um im Patientengespräch die Daten über den oder die Patientin zu erheben und die medizinischen Formulare auszufüllen. Dazu wurde die präoperative Aufnahme in einem Krankenhaus analysiert. Die dort geführten Arzt-Patient- und Schwester-Patient-Gespräche³ beinhalten ausschließlich Frage-Antwort-Routinen, in denen der Arzt oder die Schwester die Patienteninformationen gewinnt und niederschreibt. Die Autorin geht in dem Artikel der Frage nach, in welchen Situationen das Personal in der präoperativen Aufnahme auf Kontextwissen rekurriert, und wann andere Wissensformen wie biographisches Wissen zur Anwendung kommen. Dafür werden die Ergebnisse aus Videointeraktionsanalysen von Arzt-Patient- und Schwester-Patient-Gesprächen dargestellt. Durch die genaue Analyse eines Kommunikationsbruchs im Arzt-Patientin-Gespräch wird rekonstruiert, auf welches Wissen der beschriebene Chirurg zurückgreift. Außerdem werden die Ergebnisse aus der Videointeraktionsanalyse mit den Befunden der Narrationsanalyse seines biographischen Interviews verglichen.

Die Kontrastierung des Routinebruchs im Video mit den Erzählstrukturen im Interview lässt erkennen, dass es sich bei dem Chirurgen Martin Zeinert (anonymisiert) um jemanden handelt, der die Folgen seiner Handlungen reflektiert. Er präsentiert sich in der Videointeraktion als derjenige, der die Verantwortung in der Situation übernimmt und sie weder auf die Formulare noch auf hausinterne Hierarchien zwischen den Berufsgruppen verschiebt. Seine biographische Erfahrungsaufschichtung im Interview macht deutlich, dass er sich an positiven Arztbildern orientiert. Er entwirft dabei keine Schwarz-Weiß-Welt mit den *guten* Ärzten als unabdingbare Vorbilder. Stattdessen erhalten sie ihre Orientierungskraft dadurch, dass er sich der Grauzonen verantwortungsvollen Handelns bewusst ist und sich selbst als fehlbar erlebt. Es wird dadurch gezeigt, dass das technowissenschaftliche Skript, auf das sich Martin Zeinert bezieht, auf biographischem Wissen basiert. Das Skript beinhal-

3 In dem Artikel orientiert sich die Autorin am Sprachgebrauch im Krankenhaus. Es wird von Chef- und Oberärzten gesprochen, genauso wie im Aufsatz von Fachärzten die Rede sein wird. Dadurch wird verschleiert, dass es keine Chef- und Oberärztinnen in dem untersuchten Krankenhaus gab, während Fachärztinnen anzutreffen waren. Umgekehrt wird ausschließlich von Schwestern gesprochen. Das ist dagegen bezeichnend für die Situation, denn in der präoperativen Aufnahme gab es nur Schwestern und keine Pfleger. Insgesamt dient diese Sprachregelung der besseren Lesbarkeit des Aufsatzes.

tet originäre ärztliche Wertvorstellungen, die neben medizinischer Kompetenz auch soziale Kompetenz und verantwortungsbewusstes Handeln beinhalten.

Die Autorin wird erstens auf die präoperative Aufnahme eingehen sowie die chirurgischen Formulare beschreiben. Zweitens wird in das Sample eingeführt. Die Autorin erläutert die Kriterien, die zur Auswahl der Videos geführt haben, die in der betrieblichen Weiterbildung vorgespielt und diskutiert wurden. Das dritte Unterkapitel stellt die wichtigsten Ergebnisse der Videointeraktionsanalyse beim Routinebruch dar. Die Ergebnisse der Narrationsanalyse des biographischen Interviews mit Martin Zeinert können hier aus Platzgründen nicht vorgestellt werden. Die Autorin nennt stattdessen im vierten Abschnitt die wichtigsten Befunde der Kontrastierung von Videoanalyse und Narrationsanalyse. Darin verfolgt sie das Ziel, die Bedeutung von biographischem Wissen für den Routinebruch vorzuführen.

Es handelt sich bei diesem Aufsatz um eine gekürzte Fassung. Die längere wird demnächst an anderer Stelle veröffentlicht.

Die präoperative Aufnahme

Die präoperative Aufnahme oder Indikationssprechstunde stellt bei Routineeingriffen den Erstkontakt der Patienten mit dem Krankenhaus dar. Bei komplizierten Erkrankungen besucht der Patient stattdessen erst eine der Spezialsprechstunden der chirurgischen Chef- und Oberärzte, um dann später in die präoperative Aufnahme zu gehen und verbleibende Standardfragen zu klären. Die Folge dieser Einteilung ist, dass die Arzt-Patient-Gespräche in der Indikationssprechstunde entlang festgelegter Routinen von Frage und Antwort verlaufen, während die Spezialsprechstunden einen gewissen Gestaltungsspielraum bieten. Diese unterschiedliche Bindung an Routinen zeigt sich auch daran, dass dem Gespräch in der präoperativen Aufnahme die Formulare zugrunde liegen, die während der Interaktion ausgefüllt werden müssen. In der Spezialsprechstunde werden dagegen keine Formulare verwendet. Die dort erhobene Diagnose wird nach dem Arzt-Patient-Gespräch auf Diktiergerät gesprochen und von der Chefarztsekretärin abgetippt.

Eine weitere wichtige Unterscheidung ist die Trennung der chirurgischen und der anästhesiologischen präoperativen Aufnahme. Der Patient muss sich den Indikationssprechstunden *beider* Berufsgruppen unterziehen. Die Arzt-Patient-Gespräche dauern bei beiden Berufsgruppen jeweils circa 20 Minuten. Außerdem stellen Ambulanzschwestern vor der Indikationssprechstunde die Krankenakte sowie die nötigen auszufüllenden Formulare zusammen. Nach der präoperativen Aufnahme durch die Ärzte vereinbaren sie mit dem Patienten einen Operationstermin. Die Schwester-Patient-Gespräche dauern jeweils maximal fünf Minuten. Die für diesen

Aufsatz analysierte Interaktion beinhaltet ein Arzt-Patientin-Gespräch während der chirurgischen Indikationssprechstunde. Der behandelnde Arzt ist ein Assistenzarzt und steht in der chirurgischen Hierarchie unten. Die betreffende Patientin und Interaktionspartnerin hat vor dem Besuch der präoperativen Aufnahme die Spezialsprechstunde eines Oberarztes aufgesucht. Seine Diagnose liegt dem Assistenzarzt während der Interaktion vor. In der Präsentation der Analyseergebnisse des Videos wird gefragt, wie sich diese Hierarchien unter den Chirurgen in dem Gespräch mit der Patientin manifestieren und wie der Assistenzarzt damit umgeht.

Von den Ärzten der chirurgischen präoperativen Aufnahme werden im Gespräch mit dem Patienten zwei Standardformulare ausgefüllt. Zu Beginn jeder Arzt-Patient-Interaktion wird der Aufnahmebogen⁴ abgearbeitet. Darin wird der Patient zu seinen Beschwerden befragt, der Befund wird niedergeschrieben und die OP-Indikation gegeben oder nicht gegeben. Außerdem muss der Arzt mögliche Vorerkrankungen oder Allergien abfragen und eintragen. Um das Formular korrekt auszufüllen, wird der Patient außerdem kurz untersucht und seine Röntgenbilder werden betrachtet. Wenn der Aufnahmebogen abgeschlossen ist, wendet sich der chirurgische Arzt der »dokumentierten Patientenaufklärung« zu. Während das standardisierte Formular für die Aufnahme hausintern erstellt war, handelt es sich bei der Patientenaufklärung um einen Vordruck, der vom chirurgischen Berufsverband herausgegeben wird. Der Aufklärungsbogen dient dazu, den Patienten den Eingriff und seine Risiken zu erklären. Am Ende des Gesprächs muss dieses Formular von beiden Interaktionspartnern unterschrieben werden.

Sample und Auswahl des Videos

In der präoperativen Aufnahme wurden insgesamt 39 Interaktionen gefilmt. Dazu gehören die Gespräche des ärztlichen Personals (Chirurgen und Anästhesisten) mit den Patienten sowie die Interaktionen der Ambulanzschwestern mit den Patienten. Als Vergleich dazu wurden acht Videos von den Arzt-Patient-Gesprächen in den Spezialsprechstunden gemacht. Von diesen 47 Videos hat die Autorin Auszüge gewählt, in denen die Patienten Unverständnis oder Missverständnis signalisieren bzw. in denen sie gar nicht auf die Frage des Arztes oder der Schwester eingehen. Mittels dieser Brüche in der Kommunikation wurden die Interpretationsleistungen des ärztlichen und pflegerischen Personals rekonstruiert. Dazu zählt zum Beispiel die Situation, in der ein chirurgischer Assistenzarzt nach den Allergien der Patientin

4 Der Aufnahmebogen trägt keine Überschrift. Er wird deshalb im folgenden einfach Aufnahmebogen genannt.

gefragt hat. Anstelle ihm darauf eine oder mehrere Allergien zu nennen, ist die Patientin ausgeschweift und hat von der Geburt ihres ersten Kindes berichtet. Durch seine Nachfragen zu den genauen Umständen konnte der Arzt eine Penicillin-Allergie diagnostizieren.

Eine Auswahl dieser und ähnlicher Video-Situationen, in denen in irgendeiner Form Unverständnis aufgetreten ist, wurde in einer betrieblichen Weiterbildung dem Klinikpersonal vorgespielt. Die darin geschilderten Interpretationsleistungen wie die des genannten Assistenzarztes zur Penicillin-Allergie wurden vom Personal als normal eingestuft. Sie sahen darin keinen Kommunikationsbruch, sondern vielmehr routinemäßig notwendige Nachfragen. Nur in einer Interaktion kam es laut Klinikpersonal zu einem Bruch, der ein besonderes – von der Routine abweichendes – Verhalten des Arztes zur Folge hatte. Die sogenannten normalen Interpretationsleistungen werden in diesem Aufsatz als Kontextwissen bezeichnet, in denen medizinisches Fachwissen zur Anwendung kommt. Die Kenntnis der Penicillin-Allergie und ihrer Beschwerden wurde mittels Gesprächsführung des Arztes so umgesetzt, dass er neue Fakten über die Patientin generieren konnte. Die Autorin geht davon aus, dass das Personal diese Art von Interpretationsleistungen in der Situation nicht als solche reflektiert.

Dagegen wird der beschriebene Bruch als solcher wahrgenommen, weil ihm eine Abweichung von den Routinen folgt. Das Personal handelt dann anders als sonst und kommentiert die Veränderung wie in der ausgewählten Videointeraktionsanalyse gezeigt wird. Die Autorin schlägt vor, den Begriff des »Routinebruchs« für diesen letzten Fall zu verwenden. Er bezeichnet die reflektierte Abwendung von den Routinen. Im Routinebruch wird aus der Sicht des Personals mit den Spielregeln gebrochen. Vergleichbare Brüche in Gesprächen sind zum Beispiel in der Wissenschafts- und Technikforschung von Jack Whalen (Whalen u.a. 1988; Whalen/Zimmerman 1998; Whalen 1994) beschrieben worden. Er hat die Kommunikationsbrüche in Telefonaten mit der US-amerikanischen 9-1-1 Notrufnummer untersucht und dargestellt.

Die Ergebnisse der Videointeraktionsanalyse

Es gibt unterschiedliche Methoden, um Videointeraktionen auszuwerten. Sie haben gemeinsam, dass sie erst seit einigen Jahren intensiver entwickelt werden und daher noch in den Anfängen stehen. Das hier verwendete hermeneutische Verfahren steht im Gegensatz zum sequenzanalytischen Vorgehen (vgl. Knoblauch 2004; Suchman/Trigg 1991; als Überblick insgesamt Knoblauch/Schnettler/Raab/Soeffner 2006). Die sozialwissenschaftliche hermeneutische Interaktionsanalyse geht unter anderem

auf Hans-Georg Soeffner (1989) zurück und wurde für professionelle Gespräche, wie Arzt-Patient-Gespräche in Hausarztpraxen (vgl. Bahrs 2004; Bahrs u.a. 1996) sowie für die Sozialarbeit (vgl. Fischer 2004; Müller 2006), weiterentwickelt. Die Autorin hat die erste Minute des Arzt-Patientin-Gesprächs in 5-Sekunden-Schritten hermeneutisch analysiert, weil in der Anfangsphase des Gesprächs die Störungen beginnen. Ziel der Auswertung war es, ihre Genese zu rekonstruieren und die strukturellen Eigenschaften der Interaktion zu bestimmen. Der erste kleinere Routinebruch findet in der 45. Sekunde statt. Die einzelnen Analyseschritte können unter <http://www2.hu-berlin.de/computerisiertes-wissen/Video-Auswertung/> eingesehen werden.

Außerdem wurde das *gesamte* Gespräch auf weitere Brüche in der Interaktion untersucht. In der beschriebenen Video-Interaktion tritt nach einer Minute und 30 Sekunden eine Veränderung auf. Hier kulminieren die Störungen und führen dazu, dass der Assistenzarzt eine kommentierte Handlung vollzieht, die jenseits der Routinen liegt. Dieser Zeitpunkt im Gespräch wird von der Autorin als der zweite und eigentliche Routinebruch bezeichnet, weil spätestens an dem Punkt der Chirurg die Situation reflektieren muss, um die Entscheidung für eine solche Handlung treffen zu können. Sie bewirkt, dass die restlichen 18 Minuten ohne Störungen verlaufen. Aus Platzgründen wird nur der Gesprächsausschnitt beim Routinebruch nach 1'30" dargestellt. Die Analyseergebnisse der ersten Minute der Arzt-Patientin-Interaktion werden an anderer Stelle veröffentlicht.

Der Routinebruch nach 1'30"

Mittels der hermeneutischen Auswertung von 5-Sekunden-Videosequenzen der ersten Minute des Gesprächs konnte die Genese der Störungen im Detail rekonstruiert werden. Auf diese Weise ist erkennbar geworden, dass das Gespräch zwischen Assistenzarzt und Patientin bereits in den ersten Sekunden eine egalitäre Ausrichtung hatte, die für ein professionelles Gespräch untypisch ist. Die Autorin konnte zeigen, dass es aufgrund des Verhaltens der Patientin einen komplizierten Verlauf nahm. Sie hat auch sichtbar gemacht, dass der Arzt bereits in den ersten Sekunden der Interaktion auf das ungewöhnliche Verhalten der Patientin eingegangen ist. Es ist zu erwarten, dass sich diese Strukturen im weiteren Fortgang des Gesprächs wiederholen werden. Wie man sehen wird, ist auch der Routinebruch auf diese Weise strukturiert, dass die Patientin aktiv ist und auf den Arzt »zugeht« während der Arzt auf das ungewöhnliche Verhalten reagiert und einen adäquaten Umgang damit finden muss. Im Unterschied zum ersten kleineren Routinebruch können jedoch die Probleme der Patientin gelöst werden und die weitere Interaktion verläuft ohne Stö-

rungen. Der vorliegende Abschnitt beschreibt, wie beide Interaktionspartner zur Lösung der Probleme beitragen.

A: okaa:y (5) ((Blätter rascheln im Hintergrund)) gut, hat er Ihnen schon bisschen was über die Operation erzählt?

B: *nee*;, soll ich Ihnen was ganz ehrlich sagen

A: mmhm

B: ich möchts auch nicht wirklich *wissen*

A: aaa:h, gut

B: (4) also mir reicht es, soweit zu wissen, ehm, aufschnippeln, ((Klatschen der Hände)) irgendwie ((lauteres Klatschen der Hände)) dat ganze wieda

A: mhm

B: hii:nkriegen, ich mein
ich=kanns=jetzt=auch=nicht=bewegen danach=kann=ichs=auch=nicht=bewegen
is es also Schnuppe obs steif wird

A: mhm

B: Und dann wach ich auf und dann ist die Welt wieder in Ordnung

A: okay, also

B: außer das was Sie mir sagen *müssen*, dann werde ich auch zuhören

A: Wir machen noch ein bisschen Anamnese, zur Vorbereitung, und zur OP-Planung, und äh dann sprechen wir kurz über die Operation und wenn es Ihnen reicht dann sagen Sie einfach stopp

Die Patientin verweigert das Zuhören, indem sie sagt »ich möchts auch nicht wirklich *wissen*«, gleichzeitig schränkt sie ihre Verweigerung ein und schließt ab mit »außer das was Sie mir sagen *müssen*«. Sie sagt das erste Mal, was sie will und gibt dem Assistenzarzt damit die Gelegenheit, auf ihre Befindlichkeiten und Ansprüche einzugehen. Das war im vorhergehenden Gespräch nicht der Fall. Während sie dem Arzt beim ersten Routinebruch keine Gelegenheit gibt zu verstehen, was sie zum Beispiel mit »Matsch«⁵ meint, ist sie kurz vor dem zweiten Routinebruch offener. Der Arzt reagiert auf ihre Offenheit und bietet ihr an, die Situation mitzugestalten. Erstens spricht er von »Wir machen...« und nicht »ich mache mit Ihnen...« Der Chirurg bezieht sie also in die Gestaltung des Gesprächs mit ein. Zweitens signalisiert er mit »wenn es Ihnen reicht dann sagen Sie einfach stopp« die Bereitschaft,

5 Erst viel später in der Interaktion wird deutlich, dass sie mit »Matsch« ihre kaputten Bandscheiben gemeint hat.

auf die Patientin einzugehen und das Gespräch anders als entlang von Routinen zu führen. Das ist der Unterschied zum ersten kleineren Routinebruch. Er war deshalb nur angedeutet, weil der Arzt sich nach anfänglicher Verunsicherung wieder den Routinen zugewandt hat. Das ist jetzt anders, denn nun ist die Routineabweichung mit »wenn es Ihnen reicht sagen Sie einfach stopp« vollzogen. Der Chirurg hat dadurch zwar die Gesprächsführung in der Hand, aber die Patientin hat die Möglichkeit zu intervenieren und mitzugestalten.

Vergleicht man den Gesprächsausschnitt mit dem Video, dann sieht man, dass der Arzt mit »Anamnese« den Aufnahmebogen sowie mit »Operation« die Patientenaufklärung meint und mit dem Finger jeweils darauf zeigt. Das heißt, das gemeinsame Gespräch besteht nicht nur aus dem Ausfüllen beider Bögen, sondern aus der Beschäftigung mit deren medizinischem Inhalt. Anstelle des Aufnahmebogens nennt der Arzt die Anamnese, also die Vorgeschichte des Kranken. Die Wortwahl lässt erkennen, dass es ihm dabei nicht nur um das bloße Abhaken der Fragen geht. Stattdessen steht die Vorgeschichte der Patientin im Mittelpunkt seines Interesses. Beim Routinebruch verweist der Chirurg also auf seinen Status als Arzt. Ähnlich verhält es sich mit dem Aufklärungsbogen. Der Assistenzarzt sagt stattdessen »über Operation sprechen«. Aus seiner Sicht stehen nicht rechtliche Auflagen im Vordergrund sondern der konkrete Inhalt der Operation. Außerdem macht der Chirurg keinen Unterschied zwischen dem hausinternen Aufnahmebogen und der Patientenaufklärung des Berufsverbandes. Beide sind in der Interaktion gleichwertig. Das was für den Arzt zählt, sind nicht die Hierarchien unter den Berufsgruppen, die durch sie vermittelt werden könnten, sondern seine *eigentliche* Tätigkeit als Arzt. Er entbindet die Formulare von ihrem arbeitsteiligen Bedeutungszusammenhang und verleiht der *eigentlichen* ärztlichen Tätigkeit Sinn. *Eigentlich* heißt hier, mit der Patientin als Arzt in Kontakt zu treten. Der Chirurg beruft sich zwar auf seinen Status als Arzt und unterstreicht seine medizinische Kompetenz. Er stellt aber zugleich seine soziale Kompetenz dadurch unter Beweis, indem er der Patientin Gestaltungsmacht am Gespräch gibt. Diese egalitäre Ausrichtung hat sich in der gesamten vorangegangenen Interaktion herauskristallisiert und ist eine strukturelle Eigenschaft des Gesprächs. Nun wird deutlich, dass auch den Formularen dieser Sinn eingeschrieben ist. Der Chirurg nutzt sie zur Anamnese sowie zum Besprechen der Operation und nicht zur Datenerhebung oder Patientenaufklärung. Er verleiht damit seinen Wertvorstellungen von sowohl medizinisch als auch sozial kompetenter Gesprächsführung Ausdruck. Das technowissenschaftliche Skript für seine Handlungen sind originäre ärztliche Wertvorstellungen, die neben der medizinischen Kompetenz auch soziale Kompetenzen sowie verantwortungsvolles Handeln beinhalten.

Zusammenfassend hat die Autorin herausgefunden, dass durch den zweiten und eigentlichen Routinebruch eine Änderung im Gespräch stattfand und die restlichen

18 Minuten ohne Störungen verliefen. Der Routinebruch zeichnete sich dadurch aus, dass der chirurgische Assistenzarzt auf den Aufnahmebogen sowie die Patientenaufklärung zeigte und ihnen eine für die Interaktion richtungweisende Bedeutung gab. Die beiden Formulare repräsentierten originäre ärztliche Werte und garantierten dadurch ein sowohl medizinisch fundiertes als auch sozial kompetentes Arzt-Patientin-Gespräch. Der Arzt hat auf die Störungen der ersten anderthalb Minuten reagiert, indem er von den Frage-Antwort-Routinen abgewichen ist und deutlich gemacht hat, dass für ihn die *eigentliche* ärztliche Tätigkeit zählt. Dazu gehörte mit »wenn es Ihnen reicht sagen Sie einfach stopp« auch, dass die Patientin intervenieren kann.

Kontrastierung von Videointeraktionsanalyse und Narrationsanalyse⁶

Aufgrund der Kürze des vorliegenden Aufsatzes kann die Autorin sowohl die Ergebnisse der Narrationsanalyse des biographischen Interviews als auch ihre Kontrastierung mit der Videointeraktionsanalyse nur kurz skizzieren.

Der Chirurg Martin Zeinert (anonymisiert) hat seine Lebensgeschichte entlang des roten Fadens konstruiert, seiner Motivation Arzt zu werden. Im Mittelpunkt der knapp zwei-stündigen Erzählung stand die Flucht aus der DDR. Die Autorin hat in der Narrationsanalyse gezeigt, dass die Flucht narrativ so ausgestaltet ist, dass Martin Zeinert seine Wertvorstellungen des *guten* Arztes aus ihr beziehen kann. Der Chirurg betrachtet soziale Kompetenz und verantwortungsvolles Handeln als ärztliche Eigenschaften, weil es Ärzte waren, die ihm auf der Flucht geholfen haben. Gleichzeitig wurde deutlich, dass er sich der Grauzonen *guten* ärztlichen Handelns bewusst ist und sich selbst als fehlbar erlebt hat. Martin Zeinert hat also keine Schwarz-Weiß-Welt mit den *guten* Ärzten als unabdingbare Vorbilder präsentiert. Stattdessen gab er durch seine Erzählung zu erkennen, dass er sich durch seine Verpflichtung zum Wehrdienst bei der Nationalen Volksarmee einen Studienplatz in Medizin erkämpfen wollte. Martin Zeinert konfrontiert sich mit der Frage, was er in der DDR noch gemacht hätte, um Arzt werden zu können.

Die Kontrastierung der Erzählstrukturen mit dem Routinebruch im Video hat erkennen lassen, dass die Interaktion vergleichbare Strukturen aufweist. Der Arzt präsentiert sich in der Interaktion als derjenige, der die Verantwortung für die Situation übernimmt und sie weder auf die Formulare noch auf hausinterne Hierarchien

6 Die Narrationsanalyse wurde nach den Prinzipien von Fritz Schütze durchgeführt (vgl. Schütze 1983 und 1984; als Überblick Riemann 2003).

verschiebt. Nachdem die Patientin eine gewisse Offenheit bekundet hat, geht Martin Zeinert auf sie ein und zeigt ihr, was sie gemeinsam machen werden. Dabei verweist er nicht auf die Formulare und sagt, dass sie zur Vorbereitung und OP-Planung ausgefüllt *werden müssen*. Statt ein bloßer Ausfüllgehilfe zu sein, setzt er sich und die Patientin als Akteure in den Mittelpunkt der Handlung. Martin Zeinert signalisiert Verantwortung, weil er sich am Routinebruch als Handelnder zu erkennen gibt, der weiß, was er tut. Dieses Verhalten ist Vertrauen erweckend und es gibt, wie gezeigt wurde, nach dem Routinebruch keine Störungen mehr.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die verantwortungsvolle und sozial kompetente Ausrichtung des Arzt-Patientin-Gesprächs durch biographisches Wissen strukturiert war. Für den Umgang mit der ungewöhnlichen Patientin wurde damit eine andere Wissensform in Anspruch genommen als bei der Erfragung der Penicillin-Allergie. An dem Routinebruch bei 1'30'' war deutlich geworden, dass sich der Chirurg Martin Zeinert auf seinen Status als Arzt bezog, indem er auf die beiden Formulare mit dem Finger zeigte und ihnen die Bedeutung von »Anamnese« sowie »Besprechung der Operation« zuwies. Er gab ihnen eine richtungsweisende Funktion in dem Gespräch, indem er sie an ärztliche Wertvorstellungen rückkoppelte. Das technowissenschaftliche Skript der Formulare rekurrierte auf biographisches Wissen, das Martin Zeinerts ärztliche Wertvorstellungen prägt und seinen Umgang mit dem Regelbruch ermöglichte.

Zusammenfassung

Die Autorin hat die Ergebnisse einer empirischen Krankenhausstudie vorgestellt, in der die Interpretationsleistungen des Personals in stark routinegeprägten Patientengesprächen rekonstruiert worden sind. Sie hat das technowissenschaftliche Skript beschrieben, das in der Situation eines Routinebruchs als Hintergrundfolie von chirurgischen Formularen genutzt worden ist. Es konnte für den konkreten Fall gezeigt werden, dass das technowissenschaftliche Skript auf biographischem Wissen basiert. Zu dem Zweck wurden die Ergebnisse der Videointeraktionsanalyse mit den Befunden der Narrationsanalyse des biographischen Interviews kontrastiert. Der Vergleich hat erkennen lassen, dass der beschriebene Chirurg Martin Zeinert beim Routinebruch die Formulare an originäre ärztliche Wertvorstellungen rückbindet und dass die Wertvorstellungen biographischer Herkunft sind. Unter den Wissensformen, die notwendig sein können, um Patienteninformationen zu erfragen und die medizinischen Formulare auszufüllen, hat sich neben dem Kontextwissen damit auch das biographische Wissen als relevant erwiesen.

Transkriptionsregeln nach der hörbaren Gestalt

,	= kurzes Absetzen
(4)	= Dauer der Pause in Sekunden
ja:	= Dehnung
((lachend))	= Kommentar der Transkribierenden
/	= Einsetzen des kommentierten Phänomens
nein	= betont
viel-	= Abbruch
>nein<	= leise
...	= Auslassungen im Transkript
()	= Inhalt der Äußerung ist unverständlich; Länge der Klammer entspricht etwa der Dauer der Äußerung
(sagt er)	= unsichere Transkription
Ja=ja	= schneller Anschluss
Ja so war	= gleichzeitiges Sprechen ab »so«
Nein aber	

Literatur

- Akrich, Madeleine (1992), »The De-Description of Technical Objects«, in: Bijker, Wiebe E./Law, John (Hg.), *Shaping Technology/Building Society: Studies in Sociotechnical Change*, Cambridge.
- Akrich, Madeleine/Latour, Bruno (1988), »A Summary of a Convenient Vocabulary for the Semiotics of Human and Non-human Assemblies«, in: Bijker, Wiebe E./Law, John (Hg.), *Shaping Technology/Building Society: Studies in Sociotechnical Change*, Cambridge.
- Bahrs, Ottomar (2004), »Das wirklich Mögliche ausloten: Salutogenetische Orientierung in der hausärztlichen Praxis – Notwendigkeit, Möglichkeit, Utopie?« Vortragsmanuskript der Tagung *Neue Impulse in der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie*, gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie und Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie, 3.–5. Juni 2004 in Bochum.
- Bahrs, Ottomar/Fischer-Rosenthal, Wolfram/Szeccsenyi, Joachim (Hg.) (1996), *Vom Ablichten zum im-Bilde-sein: Video-Dokumentation von Arzt-Patient-Gesprächen im ärztlichen Qualitätszirkel*, Würzburg.
- Böhle, Fritz/Bolte, Annegret/Dunkel, Wolfgang u.a. (2004), »Der gesellschaftliche Umgang mit Erfahrungswissen: Von der Ausgrenzung zu neuen Grenzziehungen«, in: Beck, Ulrich/Lau, Christoph (Hg.), *Entgrenzung und Entscheidung: Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung?* Frankfurt a.M.
- Degele, Nina (2000), *Informiertes Wissen. Eine Wissenssoziologie der computerisierten Gesellschaft*, Frankfurt a.M./New York.

- Fischer, Wolfram (2004), »Fallrekonstruktion im professionellen Kontext: Biographische Diagnostik, Interaktionsanalyse und Intervention«, in: Homfeldt, Hans Günther/Merten, Roland/Schulze-Krüdener, Jörgen (Hg.), *Grundlagen der Sozialen Arbeit*, Baltmannsweiler.
- Kallmeyer, Werner/Schütze, Fritz (1977), »Zur Konstitution von Kommunikationsschemata der Sachverhaltsdarstellung«, in: Wegner, Dirk (Hg.), *Gesprächsanalysen*, IKP-Forschungsberichte, Reihe 1, Bd., 65, Hamburg.
- Knoblauch, Hubert (2004), »Die Video-Interaktions-Analyse«, in: *Sozialer Sinn*, Jg. 1, H. 1, S. 123–128.
- Knoblauch, Hubert/Schnettler, Bernt/Raab, Jürgen u.a. (Hg.) (2006), *Video Analysis: Methodology and Methods. Qualitative Audiovisual Data Analysis in Sociology*, Frankfurt a.M.
- Latour, Bruno (1987), *Science in Action: How to follow scientists and engineers through society*, Cambridge.
- Müller, Jutta (2006), *Coaching, Biografie und Interaktion. Eine qualitative Studie zum Coach in Ausbildung*, Opladen/Farmington Hill.
- Rammert, Werner (1992), »Neue Technologien – neue Begriffe?«, in: Malsch, Thomas/Mill, Ulrich (Hg.), *ArBYTE. Modernisierung der Industriosozilogie?* Berlin.
- Riemann, Gerhard (2003), »Erzählanalyse/Narrationsanalyse«, in: Bohnsack, Ralf/Marotzki, Winfried/Meuser, Michael (Hg.), *Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung*, Opladen.
- Schmiede, Rudi (2005), »Wissen und Arbeit im »Informational Capitalism««, in: Baukrowitz, Andrea/Berker, Thomas/Boes, Andreas u.a. (Hg.), *Informatisierung der Arbeit – Perspektiven zur Gestaltung eines gesellschaftlichen Umbruchprozesses*, Berlin.
- Schütze, Fritz (1984), »Kognitive Figuren des autobiographischen Stehgreiferzählens«, in: Kohli, Martin (Hg.), *Biographie und soziale Wirklichkeit: neue Beiträge und Forschungsperspektiven*, Stuttgart.
- Schütze, Fritz (1983), »Biographieforschung und narratives Interview«, *Neue Praxis*, H. 3, S. 283–293.
- Soeffner, Hans-Georg (1989), *Auslegung des Alltags – Der Alltag der Auslegung. Zur wissenssoziologischen Konzeption einer sozialwissenschaftlichen Hermeneutik*, Frankfurt a.M.
- Suchman, Lucy/Trigg, Randall (1991), »Understanding Practice. Video as a Medium for Reflection and Design«, in: Greenbaum, Joan/Kyng, Morten (Hg.), *Design at Work. Cooperative Design of Computer Systems*, Hillsdale.
- Timmermans, Stefan/Berg, Marc (1997), »Standardization in Action: Achieving Local Universality through Medical Protocols«, *Social Studies of Science*, Bd. 27, S. 273–305.
- Whalen, Jack (1994), *Making Standardization Visible*, Vortrag gehalten am Xerox Palo Alto Research Center.
- Whalen, Jack/Zimmerman, Don H. (1998), »Observations on the Display and Management of Emotion in Naturally Occuring Activities: The Case of »Hysteria« in Calls to 9-1-1«, *Social Psychology Quarterly*, Bd. 61, Nr. 2, S. 141–159.
- Whalen, Jack/Zimmerman, Don H./Whalen, Marilyn R. (1988), »When Words Fail: A Single Case Analysis«, *Social Problems*, Bd. 35, Nr. 4, S. 335–359.